Rok XXXI. Kraków, 5 Marca 1892. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ 1 1/2 „	„ 3 1/8 „	„ 6 „

I. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza.

O pasorzycie zimnicy.

Studyjum kliniczno-etyjologiczne.

Podali

Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Stefan Blatteis.

Plasmodium malariae pod względem rozpoznawczym drogą drobnowidową ma daleko większe znaczenie niż prątek gruźlicy Kocha. O ile obecność tych prątków w wydzielinie świadczy o gruźlicy dotyczącego narządu, o tyle brak ich nie uprawnia nas do wykluczenia gruźlicy. Inaczéj rzecz się ma z *plasmodium malariae*. Tu ważność rozpoznawcza w kierunku ujemnym nie jest mniejszą od ważności w kierunku dodatnim. Jak bowiem wykrycie jednego tylko takiego pasorzyta (Golgi) w krwi stanowczo dowodzi zakażenia zimniczego, tak też brak tych pasorzytów w krwi badanéj pozwala nieomylnie zimnicę wykluczyć.

Powodem, że pasorzyt zimniczy, wykryty już w roku 1880 przez Laverana w Algierze, nie zdołał dotychczas tak jak Kocha prątek gruźlicy w kierunku praktycznym mikroskopowo dyjagnostycznym wyrobić sobie takiego samego znaczenia, będzie ten, iż niektórzy autorowie za zdaniem Klebsa i Tommasi-Crudeliego upatrywali w laseczniku przez tychże znalezionym przyczynę zimnicy i podali w wątpliwość znczenie plasmodyjów.

Jeszcze w r. 1889 Chiavucci występuje w obronie lasecznika Tommasi-Crudeliego i chce uznać plasmodium zimnicze za formę degeneracyjną ciałka czerwonego krwi. Golgi w świetnéj pracy z tegoż roku zbija jego twierdzenia i stawia kwestyję plasmodium zimniczego na stanowisku dzisiejszego nań poglądu. Od czasu tego o prątku Klebsa i Tommasi-Crudeliego nic już nie słychać, a obfita ze wszystkich stron statystyka stwierdza plasmodyjalną przyrodę zimnicy.

Z dawniejszych autorów Laveran na 480 przypadków zimnicy w 432 znajduje plasmodium. Osler na 70 przypadków w 63. Councilman we wszystkich 80-ciu przypadkach wykazał plasmodium. Celli i Marchiafava na olbrzymiéj statystyce wyniki te stwierdzają. Ze setek badanych osób zimnicą nie zakażonych w żadnym przypadku *plasmodium* znaleść nie mogli. W ślad za nimi idzie liczny zastęp statystyczny. Autorom włoskim w tym rzędzie pierwsze się miejsce należy. Celli, Marchiafava, w kilku późniejszych pracach Golgi, Cattaneo, Guarnieri, Antolisei, Angelini, Birgnami i Bastianelli, Feletti i bardzo liczny zastęp innych badają pasorzyt zimnicy i do zgodnych z Laveranem (abstrahując od różnicy zapatrywania się na rozwój zimnicy) dochodzą wyników. Z badaczy francuskich Jaccoud, Vallin, Luset, Hallopeau mniéj lub więcéj obfitą statystyką zapisują się w literaturze *plasmodium*. Również niemieccy badacze, chociaż na mniejszym materyjale, do zgodnych wyników dochodzą. Quincke w 8 badanych przypadkach zimnicy we wszystkich pasorzyt ten znajduje. Plehn również je znajduje we wszystkich przypadkach badanych. Podobnie Rosin, Rosenbach w Wrocławiu, Brand w Hamburgu, Jaksch w Pradze, Paltauf we Wiedniu, Martin na Sumatrze, Schellong w kraju cesarza Wilhelma, Cooke w Massasuchets, Keefe w Bostonie, w Anglii Dock, Moore i inni, Sakcharow w Tyflisie, w Rosyi Miecznikow, Nikikorow, Chenciński, w Bośnii Karliński stwierdzają już to w wszystkich już to z małemi wyjątkami we wszystkich przypadkach *plasmodium*.

Zadalekoby nas zaprowadziło szczegółowe sprawozdanie z literatury, wyliczanie prac stwierdzających omawianą przyrodę zimnicy. Szczegółowy wykaz znajdzie czytelnik w wyczerpującym referacie Dra Barbacciego (*Centralblat für allg. Pathologie und path. Anatomie* 1892, Nr. 2). Wykaz literatury w tym referacie wylicza sto prac dotąd wydanych o przyrodzie zimnicy. Na sto prac ze wszystkich okolic świata niema prawie ani jednéj ze stron polskich. Niepojętą jest dla nas rzeczą, dlaczego Powiśle nasze tak

w przypadki zimnicy obfite nie zaznaczyło się dotychczas w szeregu statystycznym.

Praca niniejsza oparta na 8-mio miesięcznych obserwacyjach i badaniach lukę tę wypełnić w części usiłuje, mówimy w części, bo statystyka podana niezbyt jest liczną a powodem tego ta okoliczność, iż do statystyki wzięto li tylko przypadki wybitne, czyste, w których śledzionę powiększoną i macalną wykazano i stwierdzono napady zimnicy.

We wszystkich przypadkach z wyjątkiem trzech bez leczenia wypuszczonych zakażenie zimnicze także *ex juvantibus*, bo leczeniem chininą a w ostatnich czasach błękitem metylenu stwierdzono, a we większéj liczbie przypadków badanych gorączka charakterystycznie występująca sprawę zimniczą udowadniała.

Wykaz statystyczny poprzedzamy przedstawieniem obrazu morfologicznego i biologicznego pasorzyta zimniczego. Pasorzyt zimnicy w początkach do klasy *mycetozoa* zaliczony, fałszywie nazwą *plasmodium* obdarzonym został, należąc bowiem do *sporozoa* (tworzących z *infusoria* i *rhisopedes* najniższy rząd zwierzęcego szeregu) winno raczéj zwać się *Sporozoon malariae.* Przez wielu już autorów proponowaną była zmiana na *Sporozoon haematamoeba malariae* (Grassi, Feleti, zaliczają pasorzyt zimnicy do ameb), *Laverania* i inne. Jednak nazwa *plasmodium* tak się wżyła, że większość choć w całéj pełni niestosowność nazwy powyższéj uznaje, tą nazwą się posługuje. Z téj przyczyny czytelnik nam wybaczy, iż często nazwy *plasmodium* używać będziemy.

Obraz morfologiczny *plasmodium* podać jest rzeczą niepodobną. *Plasmodium* bowiem w człowieku przebywającego mamy więcéj gatunków, a jeden gatunek w ciągu swego rozwoju w rozmaitych porach często i równocześnie rozmaite przedstawia postacie.

Odróżniamy kilka odmian pasorzyta zimniczego, które ze względu na działanie na ustrój, na ich rozwój, i na różnice morfotyczne należy uważać za odrębne gatunki jednego rodzaju.

Celli odróżnia dwa główne rodzaje pasorzyta zimniczego: 1) Formę ameboidową i 2) Formę półksiężycową.

Feletti i Grassi odróżniają dwa gatunki (ameby):

1) *Haemamoeba* z trzema podgatunkami: α) *H. vivax*, β) *H. praecox*, γ) *H. malariae*,

2) *Genus Laverani* (forma półksiężycowa).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Anatomija i klinika białkomoczu w świetle nowoczesnéj patologii.

Na podstawie protokołów sekcyjnych kliniki uniwersyteckiéj w Berlinie.

Skreślił

M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Sąto ściśle odgraniczone krążki bł. śluzowéj, wywołujące za podrażnieniem bądź sztucznem, bądź wskutek zmian chorobowych odruchy zwrotne. U mężczyzn obręb nadczułości mieści się w okolicy krokowéj cewki przy otworach wywodów wytryskowych i w splotach nerwowych *caput gallinaginis*; u kobiet zaś *area sensitiva* ma siedlisko w błonie śluzowéj przedsionka, od łechtaczki aż do mięśnia opuszkojamistego i zdziergacza pochwy (w tym obrębie mieści się i otwór cewki).

Drażnienie tych odcinków czułych obrzękiem, nieżytem, guzami, pasorzytami, lub na drodze mechanicznéj (samogwałt), wywołać może na drodze zwrotnéj moczówkę, białkomocz itd., i to samo prawo przypuścić należy dla n. podbrzusznego, splotu sromnego, (wzgl. macicznego), dla splotu śledziony, splotu nasiennego i lędźwio-aort., wreszcie dla n. przeponowego i płuco-żołądkowego (*pneumogastr.* względnie *pl. solaris*).

Dotychczas opisane postacie białkomoczu odznaczają się obecnością białka w moczu, i, ponieważ co do innych danych nie odpowiadają temu pojęciu, jakie klinicznie z białkomoczem wiążemy, uważać je należy za białkomocz wrzekomy; bez obecności wałeczków, przybłonków, ciałek ropnych etc. nie mamy prawa rozpoznawać białkomoczu prawdziwego; wreszcie rozróżnić musimy jeszcze a) białkomocz ropny, (*Pyuria* Ultzmana) spostrzegany w *Pyelitis purulenta et gonorrhoica*, w ropniach okołonerkowych itd., przy których próba Donnégo ($^1/_3$ ługu potasowego na $^2/_3$ moczu przy lekkiem ogrzewaniu) wykazuje obecność wielkiéj ilości białkanu potasowego, cechującego omawianą formę białkomoczu.

b) *Peptonuria* i *propeptonuria* [1]). Tę postać spostrzegamy najczęściéj wobec obszernych zropieniach wypocin zapalnych, dalej w owrzodzeniach przewodu trzewowego i innych tamże sprawach, utrudniających wytwarzanie się peptonu z pokarmów, i dalszych produktów z już nagromadzonego peptonu. Tu należą też cierpienia wątroby, gdyż jednem z jéj zadań jest przerabianie peptonu, i wydalanie jego zbytku z ustroju; wreszcie brzemienność z obumarłym płodem i *puerperium* należą do przyczyn peptonuryi.

Dotychczas stanowczo orzeczonem nie zostało, czy w peptonuryi zawsze jednocześnie ma istnieć *peptonaemia*; to tylko jest obecnie pewnem (wykazał Fürbringer), iż pepton wytworzyć się może w saméj nerce.

c) *Propeptonurję* znajdowano w gorączkach zakaźnych, np. w odrze, ropniach wątroby, porażeniach pęcherza moczowego i jego nieżytach; w *Chyluria* i *Osteomalacia;* wreszcie w różnych psychozach i połowiczem porażeniu ośrodkowego pochodzenia. Według Fürbringera *Propeptonuria* często towarzyszy, ale częściej jeszcze poprzedza białkomocz, co nie jest bez znaczenia w jéj rozpoznawaniu.

Peptonuria nie należy do częstych postaci chorobowych, a uwzględniłem ją dla tego, iż w niej zjawia się w moczu białko, którego przez ogrzewanie osadzić nie jesteśmy w stanie.

Nim przejdziemy do opisania białkomoczu prawdziwego, należy nam nadmienić, iż dotychczasowe pojęcie o nim streścić można w sposób następujący: białko surowicze *(serumalbumin)* i globulina wskutek zmian zachodzących w ustroju przechodzą w białkany łatwo krzepnące, i w tym stanie przechodzą do moczu. Stosunek wzajemny powyższych dwóch ciał jest zmienny, i zależy od zdolności ich przesiąkania, od budowy tkanek i od ilości wprowadzonych do ustroju pierwiastków odżywczych. A więc u spożywających duże ilości mięsa przeważa *serumalbumen*, u głodzących się globulina. Stosunek ten zależnym jest również od większego lub mniejszego udziału nabłonka

[1]) Białko określałem metodą Nenckiego *(Zersetzung d. Eiweiss. Bern. 1886.*

nerkowego, tj. im większym jest jego udział w sprawie, tem więcéj odchodzi globuliny.

Prócz wspomnianych rzadziéj znajdujemy inne odmiany białka, również nabierające własności krzepnięcia, ale grają one (*Hyalinuria*) drugorzędną rolę, gdyż w obecnym stanie nauki trudno rozstrzygnąć, czy nie tworzą się one z białka surowiczego lub globuliny wskutek nieznanych wpływów już w chwili przesiąkania moczu z istoty nerek do miedniczki.

Mało również zbadanemi zostały wałeczki szkliste, pod względem ich własności chemicznych i pochodzenia; niepodobna ich uważać za zwykłe białko ścięte i prawdopodobnem jest przypuszczenie Recklinghausena, że pochodzą one od ciałek nabłonkowych, gdyż często udawało mi się w nabłonkach, w stanie ich obrzęku, rozpoznać przyszłe cylindry, przeistaczające się na drodze powolnego zwyrodnienia.

Białkomocz prawdziwy powstaje najczęściéj na tle zmian ustrojowych nerki, wpływów termiczno chemicznych (np. otrucia) i spraw zakaźnych, (drobnostrojami i ich produktami), wreszcie zmian organicznych krwi (*Anaemia, leucaemia, diabetes, icterus* etc); rozumie się, iż liczne tu istnieć mogą poddziały, ale ich tu bliżéj uwzględniać nie będę, i przejdę do opisania każdego z powyższych działów.

Białkomocz zależny od zmian organicznych nerki (*Albuminuria nephrogenes*) polega, tak jak i inne postacie, na zmianie siły krzepnięcia białka surowiczego i globuliny wskutek zmian w nabłonku nerkowym. Oddział ten mieści w sobie większą połowę cierpień, znanych pod nazwą choroby Brighta, i opisanych przez Aufrechta jako „*Nephritis diffusa acuta*“. Sprawie téj towarzyszy zwykle skąpy, ciemny mocz, o dość wysokim ciężarze g. i licznych wałeczkach, obrzęki podskórne i surowicze, najczęściéj jednak bez przerostu serca i zmian w siatkówce oka.

Przytoczę tu odnośne daty kazuistyczne: (z protokołów sekcyjnych prof. Waldeyera). Objętość przeciętna nerek powiększona; zabarwienie przeważnie jaśniejsze; obiedwie istoty zgrubiałe; piramidy Bertiniego nader uwydatnione i zaczerwienione w obec blado mlecznéj istoty korowéj, konsystencyja miękka.

Zmiany drobnowidowe przeciętne (przeszło 40 preparatów). Nagromadzenie białych ciałek krwi w kłębkach (rzadziéj nagromadzenie kropelek tłuszczowych); nabłonek woreczków w stanie nacieku. *Capsulae Malpighii* zgrubiałe, leżą w masie naciekowéj. *Tubuli contorti* wypełnione i rozdęte od białych ciałek a ich nabłonek na drodze do zwyrodnienia tłuszczowego; *tunica propria* kanalików o budowie niewyraźnéj.

Przestrzenie łączno-tkankowe znacznie powiększone i wypchane drobnokomórkowym naciekiem, złożonym z komórek wrzecionowatych, powoli wypełniają się tłuszczowemi ciałkami.

W 4% przypadków znajdujemy drobne zawały, kanaliki wypełnione krwią (*Nephr. haemorrhagica*).

Gdy sprawa przechodzi w okres polyuryi (3000—3700 c. sz. moczu) najczęściéj znajdujemy już prócz puchliny zmiany siatkówki i przerost serca. 34 protokołów sekcyjnych dało przeciętnie następujący obraz zmian anatomicznych: Nerki przeważnie z wgłębieniami, zbliżone do zesznurowanych (*Schrumpfniere*), objętość przeważnie zwiększona; zabarwienie jasne, gdzieniegdzie ciemne prążki; gwiazdki Verheyna uwydatnione, torebka tak łatwo jak w powyższych postaciach się nie zdziera.

Zmiany drobnowidowe (12 preparatów) *Glomeruli* silnie nacieczone; niektóre z nich już w stanie zwyrodnienia włóknistego, pokryte nitkami tkanki łącznéj, tworzącemi siatkę, wśród któréj kłębki ulegają naciekowi; w 3% kłębki w stanie zaniku (*Druckatrophie*). Ani śladu zwyrodnienia tłuszczowego.

Capsulae znacznie zgrubiałe na całéj przestrzeni, również wskutek ucisku, wywartego tk. łączną; kanaliki (*tubuli contorti*) rozdęte i próżne. Nabłonek ich obrzękły, jakby uciśnięty, czasami w stanie nacieku drobno ziarnistego.

Przy téj postaci zmiany w kanalikach są prawie równomiernie z natężeniem sprawy w naczyńkach włosowatych i z natężeniem przerostu łączno-tkankowego, którego wynikiem może być zanik kłębków; ciałka tkanki łącznéj rozwijać się tu mają z bezbarwnych ciałek krwi. Otoczka torebki powoli zlewać się zaczyna z kłębkiem, jako pierwiastki jednoimienne; Ballet (*Contribution à l'etude du rein* etc. 1881) bowiem twierdzi, iż tak nabłonek otoczki, jako też kłębka powstają ze śródbłonka (*endothelium*). Rzadziéj daleko ma tu miejsce zanik z powodu zgorzeli koagulacyjnéj, wywołującéj nagłe krzepnięcie przybłonków (*infiltration opaline.*) a to na drodze ucisku i zamknięcia światła (*obliteratio*) naczyniek, a względnie zgorzeli.

Zupełnie inaczéj przedstawiają się zmiany w t. zw. nerce ziarnistéj Charcota:

Przeciętne daty z 23 protokołów sekcyjnych: objętość zwykle mniejsza, otoczka pokryta tłuszczem, barwa na przekroju czerwona, istota mózgowa ścieńczona, odporność elastyczna, utrata gładkości na powierzchni. W. *subst. corticalis* piramidy tracą swe systematyczne ułożenie.

Zmiany drobnowidowe (8 preparatów): Glomeruli w stanie nacieku i widocznego zaniku otoczone nowopowstałą siatką tk. łącznéj, która z takąż siecią otoczek i przestrzeni międzytorebkowych w ścisłym jest związku tak, iż kontury kłębków i torebek powoli się zacierają, a samo zwyrodnienie staje się prawie bliznowatem.

Zmiany takie znajdujemy stale w nerce po chronicznem otruciu ołowiem, sprawach artrytycznych i miażdżycowych, którym przeważnie towarzyszą wysięki surowicze i przerost mięśnia sercowego.

Browicz słusznie zwrócił uwagę na pilniejsze śledzenie naczyniek włosowatych, które podlegają często zanikowi.

Naczyńka włosowate według Browicza podlegają jakby zwyrodnieniu mączkowatemu, jakkolwiek roczyn Lugola i SO_4H_2 nie dają wyraźnego odczynu. Nabłonek kłębków ma podlegać zwyrodnieniu tłuszczowemu. Otoczki torebek podlegają przerostowi tk. łącznéj i zlewają się z przestrzeniami międzytorebkowemi a nabłonek tychże torebek podlega złuszczeniu lub rozpadowi wskutek zgorzeli uciskowéj.

Ewald (*Virch. Arch.* 1877 i 1879) badał około 30 nerek, i znalazł w naczyniach przerost *tunicae adventitiae*, która się ma zlewać z sąsiednią tk. łączną. *Tunica intima* również się ma rozrastać z komórek wrzecionowatych śródbłonka i sieci łącznotkankowéj. Zmiany w kanalikach w nerce ziarnistéj polegają na ich rozszerzeniu, i nacieczeniu ich nabłonka. Komórki *tunicae propriae*, często

dużem jądrem opatrzone, są zmętniałe i opalizują. *Tubuli contorti* oddzielają się od labiryntu i leżą bezładnie wśród sieci tkanki łącznéj.

O b r z u t *(Sur l'origine des produits inflam. dans le parenchyme rénale etc. Arch. de med. exper.* I, 3. p. 421, 1889) twierdzi, iż wszystkie zmiany zapalne nerek zaczynają się od narządu naczyniowego, a zmiany miąższowe, względnie i nabłonka, są wtórnego pochodzenia. Zródłem produktów zapalnych, nie wyłączając i tk. łącznéj i wałeczków, jest krew, a więc czerwone i białe jéj ciałka. Zesumowawszy wszystko co wyżéj powiedziano o białkomoczu powstałym na tle zmian organicznych w nerkach, dojść łatwo możemy do następujących wyników. Zmiany w składnikach nerki, które wywołują krzepnięcie białka surowiczego i globuliny, jako też łatwiejsze przechodzenie ciałek krwi z naczyń do istoty kanalików są następujące: 1° obrzęk, resp. rozpad nabłonka (rzadziéj rozmnażanie się tegoż) 2° proliferacyja nabłonka w ścianach naczyń; 3° naciek w tkance łącznéj i jéj rozrost względnie ucisk przez nią wywarty; 4° zwyrodnienie lub zanik pierwiastków kłębka.

W sprawie biorą udział przedewszystkiem naczyńka włosowate; produktów zapalnych i przerostowych dostarcza krew; plasma stosownie do swéj ilości lub składu powiększa ilość białka, a ciałka krwi dostarczają elementów organizowanych; składniki nerki mają rolę bierną, a zmiany w nich są wtórnego pochodzenia.

B i a ł k o m o c z z a l e ż n y o d z a k a ż e ń *(Alb. infectiosa)* i z m i a n w o r g a n i z a c y i k r w i *(Alb. haematogenes)*. W znaczeniu dawnych patologów, tj. polegająca na zmianie chemicznéj lub organicznéj składników krwi, nadewszystko białka, które staje się zdolnem do przesączania się z moczem, ta odmiana białkomoczu ostać się nie mogła. Jakkolwiek więc straciła ona prawo bytu w obec postępów nowoczesnéj patologii, jednakże i w ostatnich czasach nie brakło jéj popleczników, np. S e m m o l i. (*Schmidts Jahrbücher* CCXX p. 13). Wszyscy zgadzamy się jednak na to, iż pod wpływem zarazków powstać może choroba Brighta, a samych zarazków dostarcza do nerek krew. Wyjątek stanowić mogą tylko pewne stany, zbliżone do normalnych, np. przy zbytku mocznika lub soli, nadmiaru ciał białkowatych we krwi (po obfitych ucztach); wtedy kanaliki moczowe pobudzone zostają do silniejszéj pracy, i tylko z powodu znacznie powiększonéj ilości moczu białkomocz zamaskowanym zostaje. Niech tylko dalsza dostawa białka przekroczy możliwą normę, przy zbyt jednostajnym pokarmie, lub pokarmach drażniących, które oddziaływać mogą na trzewa w ten sam sposób, jak w pokrzywce na skórę, to łacno alb. fizyjologiczna przejdzie w *Alb. haematogenes*. Tę jéj odmianę, w któréj chodzi o zrównoważenie zbytnio we krwi nagromadzonych produktów białka, R o s e n b a c h opisał pod nazwą białkomoczu regulującego. *(Alb. regulatoria)*.

Patogeneza omawianéj postaci jest ciemną i przeważnie opartą na przypuszczeniach. Doświadczenia na zwierzętach wykonane przez B r o w i c z a (kantarydyna), K o b i e r s k e g o (kw. chromowy), C h a r c o t a (preparaty ołowiu), A u f r e c h t a i G e r m o n t a (podwiązanie moczowodów) i innych autorów nie doprowadziły do żadnych pewnych wyników, gdyż okazało się prawie niemożliwem wywołanie zmian krwi bez zmian w nerkach. Jedno tylko jest pewnem, że jeżeli we krwi znajdą się rozpuszczone białkany, nie będące zwykłym jéj składnikiem, to wydzielić się muszą prędzéj lub późniéj z moczem, odpowiednio do ich zdolności przesiąkania i wzajemnéj siły dyfuzyjnéj płynów; a więc mowa tu być może tylko o p e p t o n u r y i. Aby zaś zwykłe białko krwi wydzielać się miało z nerek, wskutek zmian i chorób krwi, dotychczas jest wątpliwem, gdyż do tego potrzeba zboczeń w ogólnem odżywianiu i zamianie pierwiastków z jednéj, a zmian w kanalikach nerkowych, w transsudacyi i naczyńkach z drugiéj strony, aby tym sposobem umożliwić przesączanie się białka do moczu. Jedynym z czynników, który powyższym odpowiada warunkom, są sprawy zakaźne, i dla tego uważam za właściwe zastanowić się szczegółowiéj nad zmianami anatomicznemi, przez sprawy te wywołanemi.

Zmiany anatomiczne wywołane drobnoustrojami (przeważnie streptokokami); 14 protokołów sekcyjnych. O b j ę t o ś ć nerki powiększona, konsystencyja krucha, b a r w a szarawa. Między obydwiema istotami granice zatarte, tak, iż tworzą one jedno szare tło, na którem gdzieniegdzie widać ciemniejsze krążki.

W 3-ch przypadkach (z 14 u) liczne wynaczynienia nieregularnéj postaci w istocie korowéj.

Z m i a n y d r o b n o w i d o w e, w o b y d w ó c h n e r k a c h: *Tubuli recti et contorti* wypełnione po części masą szklistą, po części drobnoustrojami. G l o m e r u l i wypchane masą drobnoziarnistą złożoną ze streptokoków. Te ostatnie ułożone albo w postaci kulistéj, albo rzędami, wreszcie łańcuchami. Sadowią się też w torebce Bowmana i na zewnętrznéj powierzchni kłębkowych naczyń. *Capsulae* zawierają masę okrągłych komórek. *Vasa capillaria* zajętych sprawą odcinków silnie nastrzyknięte.

Niektóre k a n a l i k i tak silnie są wypełnione drobnoustrojami, iż są jakby wypchane i robaczkowato zgięte, a ich nabłonek w stanie nekrozy.

Mamy więc w powyższych przypadkach do czynienia z infekcyją nerki, wywołaną mikrokokami, a zlokalizowaną w kłębkach. Że mikroby doszły do nerki z krwią, dowodzi tego wspólne porażenie obydwóch nerek, a przedewszystkiem powierzchownych ich warstw, które naprzód z krwią się zetknęły, nie tak jak to bywa w *Endocarditis ulcerosa*, w któréj mikroby ważną odgrywają rolę dopiero po silnem rozmnożeniu się we krwi. O udziale naczyń limfatycznych nic tu pewnego powiedzieć się nie da, zdaje się jednak, iż udział ich w omawianéj sprawie i rola ich jako gruntu odżywczego dla mikrobów jest wątpliwą *(Pasteur)*.

Postać omawiana, o czem wyżéj wzmiankowaliśmy, najczęściéj towarzyszy sprawom zakaźnym. Rozróżnić więc należy: białkomocz w durze powrotnym (*Alb. recurrentis*), w płonicy *(Alb. scarlatinae)*, ropnicy (*Alb. septica*), gorączce połogowéj (*Alb. puerperalis*), durze brzusznym i wysypkowym etc. Tu zastrzedz należy, że nie jest koniecznym udział sprawy zapalnéj w nerkach; choćby istniał obrzęk i nacieki w tk. łącznéj i zmętnienie nabłonków, nie upoważnia nas to jednak do rozpoznania choroby Brighta. Cylindry, białko, przybłonki, znajdowane w moczu za życia, mogą dać nam prawo do przypuszczeń, ale nie dają nam pewności, dopóki w osadzie moczowym nie znajdziemy białych ciałek krwi, których, jak to zobaczymy, w przebiegu chorób zakaźnych, najczęściéj brakuje.

Z m i a n y a n a t o m i c z n e d r o b n o w i d o w e w *Alb. infectiosa* (30 preparat.) T u b u l i wypełnione masą szkli-

stą, nabłonek w stanie proliferacyi, naczyńka krwionośne większe w stanie silnego przekrwienia, a włoskowate wypełnione białemi ciałami krwi; w niektórych miejscach drobne rozgałęzienia naczyniowe, literalnie zapchane masami drobnoustrojowemi (przeważnie prątkami durowemi). Wynaczynienia stanowią ledwie 2%, i to zawsze w durze powrotnym. Glomeruli w stanie nacieku licznemi ziarnami, a ich nabłonek złuszczony (*desquamatio*). W przestrzeniach międzykomórkowych liczne drobnoustrojowe masy. W niektórych cięższych postaciach drobnoustroje wypełniają nie tylko torebki, ale i naczyńka większego kalibru, tworząc zatory (*embol. infectiosa*) często obok wynaczynień. Kłębki w wielu preparatach obrzękłe, nabłonek kanalików zgiętych silnie zmętniały, tak iż jąder żadnym odczynem wykryć nie można. W rozepchanych kanalikach leżą zamiast komórek bezforemne kawałki protoplasmy. W nerce szkarlatynowej naczyńka krwionośne trudno dostrzegalne, w skutek silnego nacieku, światło ich wypełnione jest ciałkami krwi.

Widzimy z powyższych poszukiwań, iż komórki ropne bardzo rzadko gromadzą się w nerce zakaźnéj; najczęściéj jeszcze podobny objaw znajdujemy w nerce płonicowéj, choć Leyden i Wagner (*Deutsch. Arch. f. kl. M. Bd.* 25, 1880, znajdowali go w nerkach durowych; a Wagner opisał nawet takie zapalenia pod nazwą *Nephr. lymphomatosa*; stanowczo jednak jestem zdania, iż nie były to zapalenia, lecz drobne ropnie, a dla klinicysty rozróżnienie tych dwóch postaci jest niezmiernie ważnem.

W nerce płonicowéj rzeczywiście wykazano zmiany, przemawiające za sprawą zapalną. Ribbet (*Nephr. et Album.* 1881) znajdował masę ciał ropnych, otaczających ciałka nabłonkowe, lecz wyświetlił, iż nie mają one żadnego związku ze ścianami naczyń włoskowatych i zdolnością nabłonka takowych do proliferacyi jąder i komórek, jak to ma miejsce w kanalikach moczowych. Blanc (*Lyon Med.* XXI. 38 p. 122, 1889), a potem Bassi (*Arch. ital. dei clin. med.* XXIII p. 316, 1889) spostrzegali również masy ciałek ropnych między kłębkami a torebką, i dowiedli, iż powstały one ze złuszczonego nabłonka pierwszych, który nagromadza się tu w kierunku wyjścia kanalików moczowych, podlega uciskowi; w tych miejscach, gdzie nabłonek został zniszczonym, sprawa naciekowa wzmaga się i jeśli kanaliki na całéj przestrzeni nerki mniéj lub więcéj równomiernie porażonemi zostały, to naciek będzie rozlanym, w przeciwnym zaś razie skupia on się w jednem przeważnie miejscu, w którem nagromadza się taka masa nacieku, że oczekiwaćby należało obecności ropnia.

Jakkolwiek leukocytoza i sprawy ropne, względnie zapalne, małą odgrywają rolę w białkomoczu zakaźnym, niemniéj jednak zmiany anatomiczne w nerkach dochodzą do wysokiego stopnia. Wkroczenie drobnoustrojów wywołuje rozpad nietylko ciałek nabłonkowych, ale istną zgorzel (*necrobiosis*) całych tkanek, obok zatorów i wybroczyn zakaźnego pochodzenia (*embolia infectiosa*), mimo to jednak brakuje tu cech zapalnych, które za cechę charakterystyczną choroby Brighta uważać przywykliśmy. Choroby zakaźne, z małym wyjątkiem, wywołują więc nie chorobę Brighta, lecz większe lub mniejsze zboczenie w obrocie krwi i odżywianiu nabłonka nerkowego, a względnie białkomocz, występujący okresowo i razem z innemi objawami, uiknący wraz ze sprawą zakaźną. (C. d. n.)

III. O plombowaniu zębów obumarłych.

Napisał

Dr. K. Szymkiewicz,

dentysta w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9.)

Zabieg ten bez względu na lokalizacyję ubytku jest stosunkowo łatwy w zębach przednich jednokorzeniowych, również i w zębach dalszych tak dwuguzikowych jak i trzonowych nie sprawia wielkich trudności, jeżeli jama próchnicowa zajmuje powierzchnię żucia lub ścianę dośrodkową, zkąd nawet przy sprzyjających okolicznościach w pojedyncze korzenie dostać się można. Jeżeli zaś jama wychodzi ze ściany odśrodkowéj zębów trzonowych, natenczas o takiem wypłukaniu pojedynczych kanałów mowy być nie może i trzeba się ograniczyć tylko do kilkakrotnego przestrzykania płynem przeciwgnilnym całéj jamy. W tym celu używam zwykłéj strzykawki dentystycznéj z zakrzywioną kaniulą, któréj koniec aż do ujścia kanałów korzeniowych zbliżyć się daje. Nadmiar płynu wyciągam wacikami, ale nie aż do zupełnego osuszenia, owszem pewna jego ilość powinna wypełniać kanały korzeniowe i ściany jamy utrzymywać w stanie wilgotnym. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że pod wpływem silnego ciśnienia, jakiego przy przestrzykiwaniu używam, płyn przeciwgnilny wtłoczonym zostanie aż do samych kanałów, daléj, iż prawem włoskowatości dostanie się w głębsze jego części aż do samego szczytu i przesiąknie istoty gnilne. Przypuszczenie to nabierze tem większego prawdopodobieństwa, jeżeli się wspomniany zabieg wykona powtórnie po dokładnem wyparowaniu cieczy pozostałéj po pierwszem przestrzykaniu. Wyparowanie to aż do zupełnego osuszenia pola operacyjnego przeprowadzam za pomocą miękkiego baloniku gutaperkowego z trestką metalową, jakiego zwykle w dentystyce się używa do wydmuchania trocin zębowiny z jamy próchnicowéj. Trzymając trestkę tego przyrządu nad płomieniem lampki wyskokowéj dopóki się do czerwoności nie rozgrzeje, a równocześnie ugniatając kilkakrotnie balonik tak, aby wciągane przezeń powietrze w płomieniu się ogrzało, można do tego doprowadzić, iż powietrze przez zgniatanie balonika następnie wydmuchiwane posiada ciepłotę dochodzącą 60° C. a równocześnie jest tak suche, iż na szkle zimnem powłoczki pary wodnéj nie zostawia. Przygotowawszy w ten sposób balonik, wprowadzam natychmiast rozgrzaną trestkę jaknajgłębiéj w jamę próchnicową i wdmuchuję tamże jego zawartość tak długo, dopóki ściany dokładnie wysuszone nie zostaną, a tem samem dopóki także treść kanałów korzeniowych nie wyschnie. Gdy to nastąpi, przestrzykuję znowu pole operacyjne rozczynem przeciwgnilnym i znowu wysuszam, powtarzając ten zabieg tyle razy, ile potrzeba, aby powietrze z jamy próchnicowéj wracające ani śladu woni gnilnéj nie posiadało.

Niekiedy, jeżeli np. udało się igłą nerwową cały rdzeń zębowy w postaci nitki z kanału korzeniowego wydobyć, plombuję jamę w tem samem posiedzeniu na stałe, zabezpieczywszy pastą przeciwgnilną[1]) korzenie. Ponieważ jednak

[1]) Główne składniki pasty, któréj do wypełniania korzeni używam, są: tymol, kw. karbolowy i jodek potasu z domieszką małéj ilości morfiny.

wyjątkowo tylko udaje się takie doszczętne wydobycie rdzenia, a przynajmniéj rzadko można mieć pod tym względem zupełną pewność, przeto dla kontroli wprowadzam do kanału (wzgl. kanałów) nitki waty napojone zgęszczonym kwasem karbolowym i to owijając watą aseptyczną cieniutki drucik stalowy i nurzając ją w świeżo nad płomieniem lampki wyskokowéj roztopionym krystalicznym kwasie karbolowym. Jeśli drucik był gładki, można go z łatwością wysunąć a wata pozostaje na przeznaczonem miejscu. Opatrunku tego nie wciskam zbyt głęboko, aby nie wepchnąć przez otwór końcowy korzenia części gnilnych pulpy lub zgęszczonego kw. karbolowego z waty, w jednym i drugim razie bowiem mogłoby się rozwinąć zapalenie okostny przez jéj zadraźnienie. Po 24 godzinach opatrunek wyjmuję i jeżeli wata nie ma gnilnéj woni plombuję ząb na drugiem posiedzeniu, powtórzywszy jeszcze raz sterylizacyję kanałów wyżéj omówionym sposobem; w przeciwnym razie powtarzam te zabiegi przez kilka posiedzeń dopóty, dopóki wata po 24 godzinach nie jest zupełnie bezwonną, co zauważyć można zazwyczaj w trzecim a najpóźniéj w czwartym dniu.

Środek przeciwgnilny, jakiego przy tem postępowaniu używam, jest to rozczyn wodny kreoliny, świeżo przygotowany w takiem zgęszczeniu, aby płyn miał słabo mleczne zabarwienie. Kreolina, mająca własność silnego odrażania, w tem zgęszczeniu nie jest trucizną, nie działa na błonę śluzową żrąco, więc też dostawszy się do jamy ust nie sprawia przykrego uczucia palenia, a nawet połknięta nie wywołuje żadnych niebezpiecznych następstw. Sublimatu, który jest silniejszym środkiem przeciwgnilnym, nie używam, bojąc się zatrucia przez przypadkowe połknięcie leku, również z tego powodu, iż zębowina, jak wyżéj powiedziano, pod wpływem tego środka przyjmuje ciemne, prawie czarne zabarwienie. Jeżeli zaś warunki na to pozwalają, aby w każdem posiedzeniu założyć na ząb gumę, ochraniającą sąsiednie części od zetknięcia się z lekiem, wówczas używam do przestrzykiwania 5% kwasu karbolowego, który po serwetce gumowéj spływa do zawieszonéj pod brodą torebki nieprzemakalnéj i zupełnie z błoną śluzową jamy ust się nie styka.

Przy omówionéj metodzie działanie desinfekcyjne rozczynów przeciwgnilnych spotęgowane zostaje wpływem, jaki wywiera gorące a suche powietrze z jednéj strony na ściany, z drugiéj na zawartość kanałów korzeniowych. Wiadomą jest rzeczą, iż do kanałów korzeniowych otwierają się wolno kanaliki zębowinowe, które w zębowinie promienisto ku zewnątrz się rozchodzą i mieszczą w sobie włókna zębowinowe, t. j. wypustki komórek umieszczonych na powierzchni rdzenia zębowego, t. zw. komórek zębowinotwórczych (*Odontoblasten*). Jeżeli więc proces gnilny zajął rdzeń zębowy, a tem samem i wspomniane komórki, to musiał on także rozszerzyć się i na włókna zębowinowe, czyli kanaliki zębowe musiały przesiąknąć produktami gnilnemi rdzenia. Że tak jest w istocie, świadczy odbarwienie ścian zębowych oraz badania drobnowidowe Millera[1]) wykazujące, iż w kanalikach zębowiny sprawą próchnicową zajętéj, niekiedy kilkakrotnie rozszerzonych, znajdują się liczne kolonije grzybków, które zapuszczają się nawet w zębowinę wzgl. zdrową, t. j. nie okazującą powierzchownie żadnych objawów próchnicy.

Powietrze gorące, które się wdmuchuje w kanał korzenia zębowego, działa susząco na jego ściany, chociażby tylko

[1]) *Die Mikroorganismen d. Mundhöhle*, 1889.

w powierzchownych warstwach, przez co istota podstawowa zębowiny się ściąga, gdy równocześnie kanaliki téj istoty zostają rozszerzone, a treść ich się kurczy, utraciwszy części płynne przez wyparowanie. Przez takie rozszerzenie kanalików zębowinowych z jednéj a zmniejszenie objętości włókien zębowinowych z drugiej strony powstaje przestrzeń, w którą prawem włoskowatości i pod naciskiem tłoka strzykawki dostaje się płyn, przeznaczony do zniszczenia drobnoustrojów. Jeżeli się obydwa te działające czynniki, t. j. wdmuchiwanie gorącego powietrza i wstrzykiwanie płynu przeciwgnilnego kilkakrotnie zastosuje, to musi się osiągnąć dokładne wyjałowienie ścian produktami gnilnemi pierwotnie nasiąkniętych, a tem samem wstrzymać rozkład próchnicowy w zębowinie. Tyczy się to zwłaszcza zębowiny korzeniowéj, któréj drogą mechaniczną na odpowiedniéj przestrzeni oczyścić nie można. Wpływ omówionych zabiegów musi się uwydatnić również i w treści samego kanału korzeniowego, któréj nie można było mechanicznie usunąć, to jest w częściach szczytowych; pod działaniem bowiem gorącego powietrza wysycha tamże rdzeń zębowy, a przez wstrzyknięcie rozczynu desinfekcyjnego nasiąka znowu ale płynem gubiącym drobnoustroje i wstrzymującym fermentacyję gnilną. Można przeto z wielkiem prawdopodobieństwem twierdzić, iż w stanie rozkładu znajdujący się pierwotnie rdzeń zębowy traci przez kilkakrotne powtórzenie tego zabiegu zdolność do dalszego gnicia, a tem samem obecność jego w szczytowych częściach korzenia po zaplombowaniu jamy nie będzie wywierać szkodliwych następstw dla otaczających tkanek, przedewszystkiem dla okostny.

Nie należy również pominąć milczeniem wpływu, jaki wśród tych warunków ulatniająca się para wodna wywiera na istoty organiczne gnijące, a chociaż wpływ ten jest z powodu nizkiéj ciepłoty pary stosunkowo mały, to jednak dodatniego znaczenia odmówić mu nie można. Wprawdzie babadania Kocha i Wolffhügla[1]) wykazały, iż zarodniki niektórych drobnoustrojów chorobotwórczych giną pod wpływem suchego powietrza, mającego jednak bardzo wysoką temperaturę (140° C.) i przy jego działaniu najmniéj trzygodzinnem, zaś gorąca para wodna czyni to daleko prędzéj i w niższéj ciepłocie (Koch, Gaffky i Löffler[2])), przecież z powodu mniejszéj odporności bakteryj rozwijających się w próchnicy zębów i bakteryj gnilnych rdzenia zębowego ciepłota około 60° C. do ich wygubienia chociaż częściowo musi się przyczyniać. Również badania Hueppego[3]) wykazały, iż fermenty w stanie suchym pod wpływem gorąca nie tak pewnie ulegają zniszczeniu, jak wtedy, skoro poprzednio zwilżone zostały. Dodać wreszcie potrzeba, iż drobnoustroje chorobotwórcze wogóle najlepiéj rozwijają się w ciepłocie między 25 a 40° C., te zaś, które się gnieżdżą w jamie ust w ciepłocie 37—38° C., podczas gdy ciepłoty wyższe (nad 40° C.) tamują częściowo lub całkowicie powstrzymują ich rozwój.[4])

Pytanie jednak zachodzi, czy prąd gorącego powietrza i płyn przeciwgnilny nie dostaną się także poza granice korzenia i nie sprowadzą zadraźnienia okostnéj, tembardziéj, iż ujście końcowe jego kanału przez wyschnięcie resztek

[1]) *Untersuchungen über die Desinfection mit heisser Luft. Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte*, Tom I. 1881. — [2]) *Versuche über die Verwerthbarkeit heisser Wasserdämpfe zu Desinfectionszwecken. Mittheilungen a. d. kais. Gesundh.* Tom I. 1881. — [3]) *Ueber das Verhalten ungeformter Fermente gegen hohe Temperaturen. Mitth a. d. kais. G.* Tom I, 1881. — [4]) Miller l. c.

rdzenia stoi otworem. Możliwem by to było w tym razie, gdyby na te resztki pulpy działało tylko samo gorące powietrze, którego prąd mógłby wydostające się gazy gnilne przez końcowy otworek korzenia przecisnąć, jeżeli jednak poprzednio zastrzyknie się płyn desinfekcyjny, który przesiąknie owe istoty gnilne a następnie dopiero zadziała gorącem powietrzem, wówczas para wydostanie się tam, gdzie ma swobodniejszą drogę, t. j. na zewnątrz, podczas gdy reszta płynu w postaci czopa zatka końcowe ujście kanału. Chociażby nawet teraz pewna część pary pod wpływem silnego prądu powietrza dostała się do okostny, to przecież nie będzie ona już wywierała tak szkodliwego wpływu, jak poprzednio przy działaniu gazów gnilnych rdzenia.

O korzystnych wynikach przy zastosowaniu podanéj metody przekonałem się dostatecznie, obserwując od maja r. 1887 w mojéj praktyce przeszło 600 tego rodzaju przypadków. Prowadząc ścisłe co do plombowanych przezemnie zębów zapiski, szczególniejszą zwracałem uwagę zawsze na takie, w których rdzeń z powodu zapalnych bólów musiał być zniszczony, albo też znajdował się w stanie ropienia lub zgorzeli. Co do pierwszych, mogę stanowczo twierdzić, iż każdy ząb powyższą metodą leczony daje zupełnie dobre rezultaty. Po zatruciu rdzenia przedewszystkiem mi chodzi o to, aby nie dopuścić do niego gnicia, a zatem dotykam go tylko sterylizowanemi narzędziami celem wydobycia, a w odstępach pomiędzy jednem a drugiem posiedzeniem nakrywam watą napojoną zgęszczonym kwasem karbolowym i szczelnie jamę zęba zalepiam. O doszczętne wydobycie rdzenia z części wierzchołkowych korzeni wcale mi nie chodzi, mając tę pewność, iż wśród tych ostrożności gnicie tamże rozwinąć się nie może. Ponieważ nadto w kanały korzeniowe wprowadzam pastę antiseptyczną, która pozostaje w bezpośredniem zetknięciu z resztkami pulpy, silnym prądem gorącego powietrza poprzednio wysuszonéj, a całą jamę szczelnie zatykam plombą, która ją od przystępu powietrza atmosferycznego, wilgoci i innych szkodliwości chroni, przeto przypuszczam, iż następuje mumifikacyja albo wessanie tego organu, albowiem dotychczas o jego losach nie miałem sposobności się przekonać.

Znane są jednak przypadki, iż ząb zaplombowany śród najdokładniejszego przestrzegania zasad antiseptyki trzyma się przez kilka tylko lat spokojnie, wreszcie bez wyraźnéj przyczyny dostaje ostrego zapalenia okostny i wyjętym być musi. Miller[1]) twierdzi, że powodem tego są cząstki rdzenia, pozostałe w kanale korzeniowym, które przez czas dłuższy pod wpływem użytego środka przeciwgnilnego nie wywierają szkodliwego wpływu, wreszcie jednak, skoro ten środek przestanie działać albo też drobnoustroje razem z prądem krwi dostaną się do korzenia, ulegają rozkładowi i sprowadzają zapalenie okostny. Nie jest jednak według M. prawdopodobnem, aby produkty gnilne, powstałe z rozkładu treści kanalików zębowinowych, miały przez cement zębowy dotrzeć aż do okostny i jéj zapalenie wywołać. Na podstawie dotychczasowego doświadczenia przekonałem się, iż w zębach świeżo pozbawionych życia, przy użyciu wyżéj podanego sposobu, nigdy objawy zapalenia okostny nie występowały, dopóki naturalnie plomba szczelnie przylegając szkodliwych czynników nie przepuszczała lub dopóki w innem miejscu korony nie powstała świeża jama, będąca bramą wchodową dla tych wpływów.

Inna jest rzecz co do zębów, których pulpa w całości uległa ropieniu, albo też już dawno obumarła i pod wpływem zewnętrznych szkodliwości gnije. Tutaj rokowanie zależy od tego, czy okostna jest zupełnie zdrową, czy też okazuje objawy przewlekłego zapalenia. W pierwszym razie wynik operacyi bywa zwykle pomyślny, a co najwięcéj pojawia się tylko nieznaczna bolesność przy gryzieniu, ustępująca po kilku dniach dobrowolnie lub po kilkorazowem pędzlowaniu dziąseł nalewką jodową. Prawdopodobnie w takich razach doznaje okostna tylko przekrwienia, które jest albo następstwem obecności w szczycie kanału resztek pulpy, na które gorące powietrze jeszcze nie dość skuteczny wpływ wywarło (co ma miejsce zwykle u osób, nie zgadzających się na kilkakrotne posiedzenia i zmuszających prośbami lub wrzekomym brakiem czasu do przedwczesnego zaplombowania zęba, „który ich przecież nie boli“), albo też przekrwienie to jest po prostu nawrotem choroby, która w przebiegu dawniéj przebytego zapalenia pulpy rozlanego (*pulpitis diffusa totalis*) prawie zawsze występuje.

Wobec przewlekłego zapalenia okostny połączonego zwykle z przetoką dziąsłową, zależy znowu rokowanie od stanu, w jakim znajduje się korzeń zębowy. Jeżeli przetoka jest świeżą, a ropa tą drogą na zewnątrz się wydobywająca nie była jeszcze w stanie swego niszczącego wpływu na korzeń wywrzeć, czyli dopóki takowy nie uległ częściowéj lub całkowitéj nekrozie, można względnie dobrze rokować, albowiem przez gruntowną sterylizacyję korzenia i odpowiednie leczenie przetoki (za pomocą przeciwgnilnych i ściągających rozczynów najlepiéj drogą przez kanał korzeniowy) daje się ją stale zagoić. W przeciwnym razie mowy o dokładnem zaplombowaniu i ocaleniu zęba nie ma, chociażby korona jeszcze dość dobrze była zachowaną. (Dok. nast.)

[1]) *Verhandlungen d. deutsch. odontol. Gesellschaft.* 1890. Tom II, zeszyt 1.

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby kobiece.

Kleinwächter (Czerniowce): **Zasady gineko-elektroterapii.**

(Dok. Patrz Nr. 9).

Omówiwszy ogólne zasady nauki Apostolego przechodzi autor do szczegółowego leczenia chorób kobiecych, nadających się do leczenia tą metodą.

I. Mięśniaki macicy. Upewniwszy się przez zmierzenie ciepłoty ciała, że niema sprawy zapalnéj lub ropienia, należy zważać na ilość tłuszczu w powłokach brzusznych, co ważne jest dlatego, aby można skonstatować przybieranie tłuszczu towarzyszące zmniejszaniu się nowotworu. Po przestrzykaniu pochwy płynem przeciwgnilnym układa się na brzuch elektrodę obojętną a następnie wprowadza sondę jako drugą elektrodę aż do dna macicy. Prąd zrazu słaby zwiększa się powoli do 50—70 M. A., dopiero w następnych posiedzeniach dochodzi się zwolna i do 250 M. A. Po posiedzeniu przestrzykuje się powtórnie pochwę i zakłada się tampon z gazy jodoformowéj. Leczenie rozpoczyna się od galwanizacyi biegunem dodatnim w macicy, dopiero po ustaniu krwotoków stosuje się biegun ujemny, wracając do pierwszego, gdy się krwotoki powtórzą. Gdy leczenie to nie doprowadzi nowotworu do zaniku, można wykonać galwanopunkturę; wbija się troakar, do którego po wyjęciu kolca wsuwa się igłę złotą lub platynową, i to przez tylne sklepienie prowadząc instrument równolegle do osi macicy.

II. *Para-et perimetritis.* W okresie ostrym ostrożna faradyzacya zapomocą prądów słabych. W okresie przy-

ostrym najpierw faradyzacya, i dopiero, gdy chora dobrze to znosi, galwanizuje się (4—10 M. A.) biegunem dodatnim, w końcu ujemnym. Silnych prądów galwanicznych do 200 M. A. użyć należy w okresie przewłocznym stosując biegun ujemny jako czynny. Gdy są bóle, można stosować biegun dodatni. W okresie ropienia poleca się ujemną galwano punkturę dla wypuszczenia ropy. Jestto operacyja niekrwawa i nawet w razie pomyłki w rozpoznaniu nieszkodliwa.

III. *Metritis chronica.* Apostoli używa prądu stałego, z początku słabego, i postępuje zwolna do 250 M. A. W stadyjum przekrwienia biegunem dodatnim, w okresie drugim ujemnym jako czynnym. W obec przerostu części pochwowéj lub szyjki radzi Engelman wykonać ujemną galwano punkturę kilkoma igłami, które mogą być i stalowe.

IV. *Subinvolutio uteri.* Tu chodzi tylko o wzmocnienie macicy i pobudzenie jéj do skurczów, wystarczy więc faradyzacyja pochwowo brzuszna. Przy równoczesnym obrzęku galwanizacyja ujemna maciczno-brzuszna o prądach do 50 M. A.

V. *Endometritis.* Galwanizacyja maciczno - brzuszna o prądach silnych biegunem dodatnim (nawet w *end. gonorrhoica*).

VI. Zboczenia w miesiączkowaniu. Wobec braku miesiączki z powodu bladaczki franklinizacyja i elektryczność statyczna. Wobec przerywanego braku miesiączki u mężatek galwanizacyja ujemna lub też faradyzacyja ogólna: jeden biegun na krzyże, drugi we wannie na nogi, napełnionéj lekko słoną wodą. W miesiączce bolesnéj *(dysmennorrhoea)* galwanizacyja ujemna lub dodatnia maciczno-brzuszna; w *dys. membranacea* galwanizacyja dodatnia o silnym prądzie.

VII. *Stenosis et atresia canalis utero-vaginalis.* W zwężeniu kanału szyjki działa pewnie galwanizacyja ujemna o sile prądu coraz większéj i przy użyciu coraz grubszych sond. Wobec zupełnego zamknięcia kanału używa się zamiast sondy sztyletu. Podobne jest postępowanie wobec zboczeń pochwy.

VIII. *Superinvolutio uteri*; faradyzacyja maciczno-brzuszna lub dwubiegunowa tuż przed regularnością. W międzyczasie ujemna galwanizacyja o prądach stałych.

IX. Niedokształt macicy. Leczenie jak VIII.

X. Zboczenia w położeniu macicy. a) Przodozgięcie w skutek macicy małéj lub osłabienie więzów tylnych wymaga faradyzacyi elektrodami niemetalowemi i galwanizacyi ujemnéj pochwowo lub maciczno-brzusznéj o prądach słabych. Wobec osłabienia ścian macicznych i przekrwienia biernego faradyzacyja dwubiegunowa. b) Przodopochylenie. Galwanizacyja lub faradyzacyja zależnie od tego, czy jest następstwem *metritis* czy téż wysięku. c) Tyłozgięcie leczy się faradyzacyją pochwowo-brzuszną. W komplikacyjach, jak powyżéj. d) Tasama terapia dla tyłozgięcia. c) *Descensus et prolapsus uteri* wymaga galwanizacyi maciczno-brzusznéj, obok tego faradyzacyi dla skrzepienia macicy, mięsienia, tamponów itp.

XI. Choroby jajników. Ból jajnikowy u histeryczek może być usunięty wewnątrz-maciczną dwubiegunową faradyzacyją; wobec istnienia wypociny, galwanizacyja ujemna pochwowo-brzuszna. Zapalenie jajników przewłoczne ustępuje pod wpływem galwanizacyi dodatniéj.

XII. Choroby trąbek. W okresie ostrym faradyzacyja dwubiegunowa wewnątrz maciczna. Energiczniej działa prąd stały i to dodatni wobec krwotoków, ujemny w okresie późniejszym. Przeciwskazaniem jest *pyosalpinx*, co poznać można po bolesności przy stosowaniu nawet słabych prądów. Gdy jest chełboczenie, należy bezwarunkowo od strony pochwy galwanicznie nakłuć. *W salpingo-oophoritis* można zamiast kastracyi zastosować galwano-kaustykę o sile prądu 20—30 M. A.

XIII. *Haematokele periuterina.* Elektropunktura ujemna.

XIV. Nowotwory macicy i części dodatkowych jak ukleje, torbiele można radykalnie usunąć prądem stałym, elektr. ujemną lub też galwano-punkcyą. Raki macicy można galwanizować dodatnio lub też ujemnie dla wytworzenia strupa i to za pomocą kilku igieł o sile 15 M. A. Liszaj żrący sromu leczy się galwanizacyją dodatnią. Torbiele jajnikowe można tylko faradyzować, galwanizacyja szkodzi.

XV. Resztki łożyskowe po porodzie przedwczesnym usuwa się nalepiéj galwanizacyją dodatnią, maciczno-brzuszną.

XVI. Choroby sutków. W zboczeniach wydzielniczych faradyzacyja, przeciw obrzękom prąd stały.

XVII. Nerwice. Świąd części rodnych jakoteż i *vaginismus* ustępują pod wpływem słabych prądów stałych stosowanych za pomocą elektrod niemetalowych.

Rozprawkę swą kończy autor przytoczeniem sumiennie zebranéj literatury (wymienia 461 autorów i prac). (*Wr. Klinik.* z. 10 i 11 z r. 1891.) *Dr. Ebersohn.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 3 lutego 1892.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 45. Gość kol. Dr. Prager.

1) Kol. Przewodniczący odczytuje list otrzymany z Warszawy od prof. Baranieckiego, a wyrażający podziękowanie za wybór na członka honorowego.

2) W sprawie Izb lekarskich odczytuje Przewodniczący pismo z c. k. Namiestnictwa, wzywające Tow. lek. krak. do wyrażenia swéj opinii w tym względzie — objaśniając, iż podanie Tow. lek. jest od tego pisma niezależne; podnosi następnie, że jest zaszczytnem dla Tow. lek. krak. to wezwanie ze strony Namiestnictwa — i zawiadamia, iż odpowiedni elaborat będzie wypracowany w komitecie a następnie Tow. przedłożony.

3) Kol. Blatteis wygłosił zapowiedziany odczyt „o plasmodyjach malaryi na podstawie spostrzeżeń w szpitalu św. Łazarza poczynionych“ (rzecz ogłoszona w nin. Nrze P. L.). Prelegent przyjmuje 3 formy plasmodyjów, t. j. 1) formę typowych plasmodyjów, 2) półksiężyców Laverana, 3) plasmod. z rzęskami, objaśniając wykład przedstawieniem odnośnych preparatów mikroskopowych i kilku chorych leczonych na oddz. I a) szpitala św. Łazarza z powodu malaryi. Co do innych chorób nie zauważył w nich prelegent plasmodyjów, prócz jednego przypadku gruźlicy płuc, w którym jednak było uzasadnione przypuszczenie, że chora przebywała malaryję. W influenzy nie znalazł plasmodyjów, natomiast w 2 przypadkach tyfusu plamistego takowe spostrzegał.

W dyskusyi zastanawia się kol. Kryński nad genezą powstawania półksiężyców Laverana, podnosząc tę okoliczność, iż sam Celli przypuszcza, czy te półksiężyce nie są produktem degeneracyi ciałek czerwonych krwi; zwraca następnie uwagę Prelegenta na pracę Mattejego, odnoszącą się do szczepień na ludziach.

Kol. Madejski zapytuje o działanie chininy na półksiężyce Laverana, powołując się na autorów, którzy twierdzą, iż chinina na takowe żadnego wpływu nie wywiera.

Kol. Rydygier zwraca uwagę na sposób badania plasmodyjów, sądząc, że możnaby obserwować rozwój takowych we krwi, wydobytéj ze śledziony za pomocą strzykawki — podnosi nadto, że według zdania prelegenta półksiężyce Laverana są wydatniejsze u chorych ze Suezu, niż w malaryi swojskiéj.

Kol. Browicz zwraca przedewszystkiem uwagę na kwestyję półksiężyców Laverana i opierając się głownie na poszukiwaniach robionych na ptakach przez Danilewskiégo, zaznacza, że u ptaków te same plasmodyja się znajdują; że półksiężyce się znajdują w przypadkach więcéj chronicznych, atypowych, gdzie nie ma powtórnéj infekcyi, lecz gdzie zarodniki się rozwijają; według ostatnich zapatrywań są półksiężyce „trwałemi sporami“ *(Dauersporen)*, których się w zwykłych przypadkach zimnicy nie spotyka. W rocznikach Instytutu Pasteura umieścił Danilewski ciąg dalszy swych badań, z których wynika, iż u ptaków tak samo typowo malaryja się przedstawia, że późniéj rozwijają się twory rzęskowe i opuszczają ciałka krwi. Wspomina daléj mowca o doświadczeniach Gerharda odnośnie do przeszczepiania na ludzi, zwraca uwagę, iż nie potrzeba hodowli sztucznych, bo we krwi zwierzęcia można rozwój plasmodyjów bardzo dobrze obserwować, można nawet na podstawie segmentacyi powiedzieć, czy będzie napad i w jakim mniéj lub więcéj czasie.

Kol. Opieński zwraca uwagę na metodę hodowania plasmodyjów w pijawkach podaną przez Rosenbacha.

Kol. Cybulski zapytuje, czy i na inne zwierzęta daje się przeszczepiać plasmoidye.

Kol. Browicz opowiada ciężki przypadek swojskiéj malaryi, gdzie wystąpiły przypady mózgowe i ślepota. Odnośnie do uwagi kol. Madejskiego oświadcza mowca, iż chinina działa tylko na produkta przejściowe, na półksiężyce chinina nie wywiera wpływu na co i Danilewski zwraca uwagę, twierdzi mowca daléj, iż można na podstawie obrazu mikroskopowego wskazówki lecznicze wysnuć i zaprzestać podawania chininy, zastępując ją innemi lekami.

Kol. Sroczyński stwierdza, że można za pomocą wziernika wykazać zmiany na dnie oka występujące w przypadkach ciężkiéj zimnicy.

Kol. Madejski zapytuje o działanie błękitu metylenu na półksiężyce; podnosi następnie, iż skutkiem zapchania naczyń plasmodyjami może przyjść do pęknięcia naczyń i skutkiem tego do krwotoków.

Kol. Prelegent zaznacza w odpowiedzi kol. Madejskiemu, że pękanie naczyń jest następstwem zapchania tychże melaniną, powstającą z rozpadu ciałek krwi, nie może powiedzieć, by analogicznie do chininy półksiężyce nie ginęły pod wpływem stósowania błękitu metylenu. Widział to bowiem prelegent w 5-ciu preparatach, pochodzących od chorego, który przez pewien czas brał bardzo dużo chininy a potem podano błękit metylenu. Odnośnie do uwagi kol. Rydygiera oświadcza, iż w zimnicy swojskiéj równie piękne można było wykazać plasmodyja jak i u chorego ze Suezu. Zastrzega się prelegent, iż w niniejszéj pracy nie chodziło mu bynajmniéj o śledzenie rozwoju plasmodyjów; co do pijawek to badanie za pomocą téj metody jest niedogodne.

Kol. Browicz zwraca jeszcze raz uwagę, że nie potrzeba innego sztucznego eksperymentu a z rodzaju segmentacyi można określić, czy tor jest trzeciaczkowy czy codzienny i t. p.

4) Po zamknięciu dyskussyi przedstawił kol. Cercha chorą z osteomalacyją — jako 4 przypadek osteomalacyi obserwowany w ostatnich latach w klinice położn. krak. — Odkładając sam wykład na późniéj Prelegent omawia w krótkości symptomatykę i dyagnostykę tegoż cierpienia. Wspomina o teoryi Neussera, który na podstawie znalezionych przez siebie we krwi w osteomalacyi ciał eozynochłonnych zalicza zmiany w téj chorobie występujące do zmian neurotroficznych; podaje następnie historyę choroby przedstawionéj choréj, u któréj w celach leczniczych wykonano kastracyję.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera głos kolega Idziński zaznaczając, iż za neurozą nerwu współczulnego jako przyczyną osteomalacyi, przemawiają oprócz spostrzeżeń Fehlinga i Neussera jeszcze i inne. I tak Recklinghausen widział przypadek osteomalacyi połączony z chorobą Basedowa a Wegner ogłosił niedawno kilka przypadków chorób umysłowych wśród osteomalacyi: nie wiadomo jednak, co było tam przyczyną a co skutkiem. Wobec tego przy badaniu chorego należy zwrócić uwagę czy prócz osteomalacyi nie ma jakiéj nerwicy (dusznicy nerwowéj, choroby Basedowa, połowicznego bólu głowy i t. d.); czy nie ma zboczeń umysłowych, jak się zachowują ciałka eozynochłonne tak przed kastracyą jak i po niéj, nadto należałoby zbadać mikroskopowo wycięte jajniki. To ostatnie o tyle jest ważne, że gdybyśmy w jajnikach nie znaleźli przyczyny choroby, moglibyśmy szukać jéj gdzieindziéj, podobnie jak to czynimy w dusznicy nerwowéj, a więc w jamie nosowéj, ustnéj, brzusznéj, w macicy i t. d., a po usunięciu przyczyn tych moglibyśmy spodziewać się uleczenia choroby.

Kol. Opieński zaznacza, iż należało w niniejszym przypadku przed operacyją uskutecznić badania nad zjawiskami eozynochłonnemi, jak niemniéj nie pomijać badania moczu w kierunku kwasu mlekowego, zwłaszcza wobec niezgodnych wyników badań w tym kierunku i wobec tego, że przypadki osteomalacyi są bardzo rzadkie.

Kol. Rydygier zapytuje kol. Brauna o losy choréj u któréj z powodu osteomalacyi podczas ciąży dokonano w klinice położniczéj krakowskiéj cięcia cesarskiego z wycięciem jajników, która to chora późniéj leżała w klinice chirurg. dla wyprostowania zniekształconych kończyn dolnych.

Kol. Braun oświadcza, iż co do jéj obecnego stanu nie ma dokładnych danych, gdyż na zapytywania otrzymał ogólnikową odpowiedź, że się ma dobrze; co do drugiéj choréj, która tę samą operacyję przebyła, wie od lekarza iż, chora ta nietylko straciła bóle w kościu, ale może chodzić o własnéj sile i oddawać się zwykłemu zajęciu, co przypisać tylko można, że przez wycięcie jajników uległy kości powtórnemu stwardnieniu. Świetne wyniki po kastracyi w dwóch przypadkach wyżéj przytoczonych i w przypadku kol. Cerchy upoważniają mówcę do wypowiedzenia zdania, że przypadki te nietylko stwierdzają zapatrywania na sposób powstawania osteomalacyi, wypowiedziane przez Fehlinga, ale że kastracyję w osteomalacyi należy uważać nietylko za środek kojący szybko bóle, ale i za leczenie swoiste, którego następstwem jest wstrzymanie procesu patologicznego i stwardnienie rozmiękłych kości. Wobec ujemnych wyników dotychczasowego sposobu leczenia będzie ono od dziś dnia raczéj leczeniem operacyjnem. Okoliczność, że osteomalacya następuje głównie u kobiet w okresie dojrzałości płciowej i że najczęściéj ulegają jéj kobiety które rodziły naprowadziła na myśl, że początek osteomalacyi leży w zmianach narządu rodnego a wychodząc z tego założenia pierwszy K. Braun wyciął macicę wraz z częściami dodatkowemi w przypadku osteomalacyi u ciężarnéj i wten sposób wyleczył osteomalacyję. Gdy zaś inny autor znalazł polepszenie w przebiegu osteomalacyi już przez samo przecięcie macicy, wpadł Prof. Madurowicz na pomysł, aby w przypadkach osteomalacyi u ciężarnéj, gdzie z powodu znacznego zniekształcenia miednicy trzeba zrobić cięcie cesarskie, wykonać nie jak K. Braun metodą Porry, ale metodą Saengera i dodać wycięcie jajników głównie w tym celu, by wykazać, która część narządu rodnego ma największy wpływ na osteomalacyję. W 2 przypadkach był wynik pomyślny i na podstawie tego można twierdzić, że w przypadkach osteomalacyi u ciężarnych metoda Saengera z dodatkowem wycięciem jajników jest wystarczająca a wykonanie jéj łatwe. Nie należy jednak zdaniem mówcy w każdym przypadku osteomalaayi u ciężarnéj przystępować do cięcia cesarskiego, gdyż w formie osteomalacyi t. zw. woskowéj może się odbyć poród drogami naturalnemi przez ugięcie się kości, w innych zaś razach dadzą się użyć kleszcze i t. p., a tylko w przypadkach znacznego zniekształcenia zwlaszcza przy kościach dość twardych należy uskutecznić operacyję według Madurowicza. Od tych zabiegów dokonywanych podczas ciąży w przypadkach osteomalacyi należy oddzielić zabiegi lecznicze w osteomalacyi po za okresem płodzenia. Kastracyja jest w tych razach zabiegiem łatwym, choć w przypadkach przemieszczenia jajników i zrośnięcia z jamą Douglasa jest odcięcie jajników bardzo trudne a niekiedy nawet niemożliwe. Dlatego należy zawsze zbadać dokładnie przed operacyją położenie jajników. W przypadkach, w których do cięcia cesarskiego dodajemy kastracyję, wyciąć jajniki jest bardzo łatwo, bo leżą wysoko i na długiej szypułce podniesione przez wysoko położone dno macicy.

Kol. Rosner (młodszy) stwierdza w odpowiedzi kol. Opieńskiemu, iż badań nad zjawiskami eozynochłonnemi nie można było przeprowadzić, gdyż sposób badania został przez Neussera już po operacyi dotyczącéj ogłoszony, a badania celem udowodnienia kwasu mlekowego były w poprzednich przypadkach przeprowadzane, jednakże z wynikiem ujemnym.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński*

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

XI. Posiedzenie z d. 24 października.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 17.

1) Przewodniczący uwiadamia, że Dr. Petrowicz przysłał dla biblijoteki sekcyi znaczną ilość dzieł lekarskich, za co Przewodniczący podziękowanie wysłał.

2) Kol. Jendl przedstawia chorego, u którego na tle *tabes* wystąpiła deformacyja stopy, polegająca na zmianie w samych kościach. Objaw ten, opisany przez Charcota, wydarza się w biodrze i kolanie, w stopie nader rzadko. Że zmiana ta polega na tle *tabes* a nie *lues*, którą chory przebył, dowodzi na-

głe powstanie zmiany bez bólów i jakichkolwiek dolegliwości. W dyskusyi przemawiali koll. Ziembicki, Barącz i Jendl.

3) Kol. Barącz przedstawia chorą po wyleczeniu promienicy brzusznej. Początkowo cierpiała chora na *perityphlitis suppur.*, którą kol. Barącz zwykłym sposobem przez przecięcie i przestrzykiwania leczył. Późniéj wystąpiły dwa twarde guzy obok. Badanie mikroskopowe stwierdziło promienicę. Z powodu bliskości otrzewnéj i kiszek zaniechał kol. B. wyskrobania tych ognisk, robił tylko często przestrzykiwania silnym rozczynem sublimatu i kwasu karbolowego i doprowadził w ten sposób do zupełnego wyleczenia tego cierpienia. Dalej podaje kol. B., że znów widział nowy przypadek promienicy, rzadki z powodu umieszczenia na wardze dolnej, przy badaniu mikroskopowem znalazł w jednym guzku promienicowym igiełkę prawdopodobnie ze źdźbła pochodzącą.

4) Kol. Ziembicki przedstawia chorą po *ventrofixatio uteri propter prolapsum.*

5) Kol. Barącz przedstawił sposób zakładania szwu Senna i wartość tegoż szwu dla enteroanastomozy. Rzecz objaśnił licznemi preparatami. Całość ogłoszona na kongresie lekarskim. W dyskusyi przemawiali koll. Feigel i Wehr.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

VI. Hygieniczna doniosłość nowéj ustawy państwowéj „o budynkach przeznaczonych na mieszkania dla robotników“.

Nowa ustawa państwowa z dnia 9 lutego 1891 r. (Dz. u. p. Nr. 37), o uwolnieniu od podatków nowych budynków przeznaczonych na mieszkania dla robotników, jest bardzo doniosłym krokiem na polu ustawodawstwa sanitarnego; rzec można, że wymogi hygijeny przedewszystkiem podyktowały reprezentacyi ustawodawczéj trafne i poniekąd wzorowe paragrafy téj ustawy.

Zbyteczna dowodzić, jak ważnem jest dla zdrowia fizycznego a w następstwie umysłowego i moralnego, dobre, zdrowe i hygijeniczne mieszkanie. Wszakże liczne zarządzenia sanitarne, obowiązujące w państwie i kraju są w zasadzie celowi odpowiednie, niektóre czynią w zupełności zadość wymogom współczesnego stanowiska hygijeny i policyi sanitarnéj i można je doskonałemi nazwać, lecz wykonanie ich w ubikacyjach mieszkań uboższéj klasy ludności jest wprost niemożebnem. Wspomnę tylko o stłumianiu chorób zakaźnych: wyśledzenie staranne pierwszych przypadków chorobowych, wczesne odosobnienie chorych, rychłe odgraniczenie ognisk chorobowych, desinfekcyja mieszkań, pościeli, odzieży, może stłumić chorobę zakaźną w zawiązku i pośrednio uratować czasem znaczną liczbę jednostek, któreby inaczéj stały się pastwą dziesiątkującéj téj lub owéj choroby zakaźnéj — i każdy kto działał w administracyi sanitarnéj wykaże i udowodni piękne przykłady skuteczności rzeczonych zarządzeń. Lecz jakże mamy izolować chorych od zdrowych w podziemnych mieszkaniach ubogich, przedewszystkiem klasy robotniczéj, ciasnych, przeludnionych. — jakichże ilości środków desinfekcyjnych należałoby użyć, aby takie ubikacyje rzeczywiście i skutecznie odrazić, a nie tylko wonią środkom tym właściwą napełnić — czasem tak kolosalnych, że wyziewy ich same okazałyby się zdrowiu szkodliwemi? — jakże zapobiedz n. p. szerzeniu się gruźlicy u dzieci i osobników wieku chłopięcego, mieszkających w takich izbach, gdzie skąpa ilość światła, duszna i parą wodną nasycona atmosfera znakomite nastręcza warunki rozwoju drobnoustrojowi chorobotwórczemu? — Jak ratować te biedne jestestwa od charłactwa, upośledzeń rozwojowych, od zawiązków cierpień chronicznych i w ten sposób uszczuplić liczby kandydatów przyszłych na żebraków lub peryjodycznych mieszkańców szpitali publicznych? — Nie ma prawie sposobu: najlepszemi chęciami ożywiony urzędnik sanitarny widząc niemożność skutku albo postanowi nic nie działać, albo, aby uspokoić swe sumienie, zarządzi pewne środki ostrożności, lecz oczywiście w skuteczność ich w tych warunkach nie wierzy i wierzyć nie może.

Ustawa w mowie będąca uwalnia od wszystkich podatków (od krajowych naturalnie za przyzwoleniem sejmów krajowych) na przeciąg czasu lat 24 wszelkie budynki dla robotników wyłącznie budowane, lecz stanowi w §. 3., że budynki, które zawierają mieszkania poniżéj poziomu (suterenowe) nie korzystają z dobrodziejstw ustawy. Zarządzenie to jest bardzo mądre, albowiem ochłodzi zbytni zapał budujących wyzyskiwania terenu budowlanego w kierunku wertykalnym i obdarzania ludzi mieszkaniami piwnicznemi, pozbawionemi nawet zbawiennych słońca promieni, na które dość będą mieli czasu, gdy trudów żywota dokonają.

§ 4. ustawy określa dokładnie, jaka ma być powierzchnia zajęta przez jedno mieszkanie: nie może być mniejszą, niż 15 metrów kwadratowych, ani większą niż 30 m. □, jeżeli mieszkanie składa się z jednéj ubikacyi; jeżeli zawiera dwie lub więcéj ubikacyj, powierzchnia nie może być mniejszą niż 40 m. □, ani większą niż 75 m. □. Paragraf ten zapobiega urządzaniu ze względów oszczędności zbyt małych i szczupłych izb, nieodpowiednich na ludzkie mieszkania wogóle, które niestety nie rzadko u nas i gdzieindziéj napotykamy w domach robotniczych, czeladnych itp.

Izba najmniejsza tedy dopuszczalna ma mieć według ustawy 15 m. □ powierzchni, co przy wysokości chociażby tylko 3 m., stanowi 45 m. sześć. objętości, — izba największa dopuszczalna będzie mieć, przyjmując tę samą wysokość, 90 m. sześć. — mieszkanie z 2 lub więcéj ubikacyj złożone będzie mieć objętości 225 m. sześciennych. Taka ilość powietrza jest zupełnie wystarczającą w dwóch pierwszych mieszkaniach dla 2 względnie 4 osób, w trzeciem nawet dla 8—10 osób, uważając 20 sześciennych metrów powietrza za dostateczną dla jednéj osoby przy miernéj wentylacyi.

§ 5. ustawy oznacza najwyższy czynsz mieszkalny, jaki pobierać wolno od 1 m. □ powierzchni mieszkania w domach dla robotników; wynosi on w Wiedniu rocznie 1·75 złr. w. a., w miejscowościach liczących więcéj niż 10,000 ludności 1·15 złr., w innych miejscowościach 70 ct. w. a. Zatem najmniejsze dopuszczalne w myśl ustawy mieszkanie robotnicze, z jednéj złożone izby kosztować będzie w Wiedniu 26·25 złr. w. a, w miejscowościach ludniejszych 17·25 złr., w innych miejscowościach tylko 12 złr! — najobszerniejsze, mogące korzystać z dobrodziejstw ustawy, kosztować ma 131 złr, 86·25 złr. lub 60 złr. w. — wszystkie zatem przystępne nawet dla najuboższego byle pracowitego i trzeźwego robotnika, uwzględniwszy miejscowe stosunki.

Co więcéj § 6 ustawy grozi właścicielom budynków grzywnami pieniężnemi za przekroczenie najwyższego dozwolonego czynszu, które równać się mają dziesięćkrotnéj kwocie nadebranego czynszu a w przypadkach powtórzenia się tego przewinienia odjęciem natychmiastowem dobrodziejstw ustawy, t. j. wolności od podatków. Grzywny pieniężne ztąd pochodzące ustawa każe oddawać do miejscowego funduszu ubogich.

Widoczne tedy, że ustawa powyższa, ułatwiając robotniczéj klasie ludności pozyskanie zdrowych, przyzwoitych a tanich mieszkań, czyni zadość w części zaniedbanéj dotąd hygijenie mieszkań ubogich warstw ludności, a łącznie z ustawą o kasach chorych i o zabezpieczeniu robotników odpowiada w wysokim stopniu współczesnym potrzebom uboższéj ludności i robotników i wspiera ich dobrobyt — a gdy robotnicy sami wesprą dobre chęci ustawy pracowitością, oszczędnością i trzeźwością, musi wydać korzystne wyniki pod względem ekonomicznym i hygijenicznym.

Byłoby może nie od rzeczy, gdyby wysoka reprezentacyja krajowa, biorąc pochop z powyższéj ustawy państwowéj, uznała za stosowne wglądnąć także w stan obecny mieszkań ludności robotniczéj wiejskiéj, czeladzi rolnéj — a wyniki z tego zbadania uzyskane możeby jéj dały cenne wskazówki do uchwalenia pewnych zarządzeń budowlano-hygijenicznych, luboby nie tak daleko sięgających, jak omówiona co dopiero ustawa państwowa.

Kraków 27 lutego 1892. *Dr. S. Ponikło.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2. marca. Towarzystwo lekarskie krakowskie na posiedzeniu nadzwyczajnem w dniu 24 lutego odbytem, obradowało nad projektem komitetu, wypracowanym skutkiem wezwania c. k. Namiestnictwa, a odnoszącym się do podziału kraju na okręgi Izb lekarskich i rozgraniczenia okręgów wyborczych w obrębie Izby, która ma mieć siedzibę w Krakowie, tudzież do wyrażenia życzeń co do przeprowadzenia niektórych paragrafów ustawy o Izbach lekarskich. Po wyczerpującéj dyskusyi projekt komitetu został z nieznacznemi zmianami przyjęty i po ostatecznem zredagowaniu przez Komitet w d. 28 lutego c. k. Namiestnictwu przedłożony. Spodziewamy sie, że najwyższa władza polityczna krajowa zechce uwzględnić życzenia nasze po dojrzałej rozwadze i wyczerpującem rozpatrzeniu rzeczy wyrażone.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 2 marca odbytem: 1) kol. Przewodniczący Ponikło doniósł, iż opinija Towarzystwa o przeprowadzeniu niektórych paragrafów ustawy o Izbach lekarskich, uchwalona w d. 24 lutego b. r. dnia 28/2 c. k. Namiestnictwu została przełożoną; 2) przyjęto jednogłośnie do grona Towarzystwa 3-ch naszych członków, 3) kol. prof. Rydygier przedstawił chorą, u któréj skomplikowana operacyja osteo- i dermoplastyczne na rozległéj przestrzeni na głowie dokonaną została, 4) kol. Surzycki imieniem komisyi przemysłowéj Tow. okazał przyrządy elektroterapeutyczne wykonane przez mechanika Freunda z Krakowa. Po przemówieniu kol. prof. Rydygiera, Domańskiego, Surzyckiego i Przewodniczącego, zgromadzenie potwierdziło decyzyę komisyi przemysłowéj, aby udzielić zachęty p. Freundowi do dalszego postępu na obranéj drodze, 5) kol. Beck mówił „o fizyjologii części lędźwiowéj rdzenia pacierzowego“ objaśniając rzecz demonstracyjami na żabach. W dyskusyi zabierali głos kol. Rydygier, Gluziński i Buzdygan.

* Wydział lekarski U. J. na ostatniem swem posiedzeniu jednogłośnie uchwalił nadać stypendyjum ś. p. Szklarskiego w kwocie 900 zła. Drowi Stanisławowi Momidłowskiemu, asystentowi przy katedrze chorób dzieci w Krakowie; następnie mianował doktoranda Józefa Zolla asystentem przy Zakładzie prof. Marsa na rok bieżący, wreszcie Dra Karola Kleckiego przedstawił Ministerstwu Oświecenia do nominacyi 3-cim asystentem przy klinice chirurgicznéj.

* Właściciel przyrządów szklanych, p. H. Hildebrand w Hali n. S., prosi nas o zamieszczenie wzmianki, iż o rzymał na ukończonéj obecnie wystawie Czerwonego Krzyża w Lipsku srebrny medal, najwyższą nagrodę za termometry precyzyjne do mierzenia gorączki.

* Od jednego z pp. asystentów otrzymaliśmy zawiadomienie, ze kursa do egzaminu fizykackiego najbliższego rozpoczną się w drugiéj połowie b. m.

* W tygodniu 7-ym (od 14—20 lutego) było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 56, skonów 54, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 6, z dławca i błonicy 5, z odry 2, z innych chorób zakaźnych 2, z nieżytu żołądka i jelit 1.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Aleksander Baurowicz ze Lwowa i Cezar Kornhäuser z Pilznionka w Galicyi.

* **Zmarł** w Pradze czeskiéj pensyjonowany profesor okulistyki i radzca dworu Dr. Józef Hasner-Artha w 73 roku życia. Zmarły był od r. 1856—1882 zwyczajnym profesorem okulistyki i autorem licznych rozpraw.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę demonstratora przy katedrze farmakologii z płacą roczną 300 zlr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 10 marca 1892.

Kraków dnia 27/2 1892.

Stopczański, Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.